

Research paper

Depression, Anxiety and Suicidal Ideation of Nurses in the Outbreak of COVID-19:
The Role of Demographic Variables*Said Ariapooran¹ , Marzieh Amirmanesh¹ 

1. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanistic, Malayer University, Malayer, Iran.



Citation: Ariapooran S, Amirmanesh M. [Depression, Anxiety and Suicidal ideation of Nurses in the Outbreak of COVID-19: The Role of Demographic Variables (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS). 2020; 23(5):724-739. <https://doi.org/10.32598/JAMS.23.COV.4093.1>

 <https://doi.org/10.32598/JAMS.23.COV.4093.1>



Article Info:

Received: 29 Aug 2020

Accepted: 08 Sep 2020

Available Online: 01 Dec 2020

ABSTRACT

Background and Aim Nurses experience many psychological problems during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak. This study aims to investigate the prevalence of depression, anxiety and suicidal ideation in nurses during the COVID-19 outbreak, and compare these problems in nurses based on gender, educational level, marital status and department.

Methods & Materials This is a descriptive study conducted on 312 nurses working in hospitals in Malayer, Iran, who were selected using census method. They completed the Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, and Scale for Suicidal Ideation questionnaire. Descriptive statistics and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) were used to analyze the collected data in SPSS V. 24 software.

Ethical Considerations This study was approved by the Research Ethics Committee of Malayer University (Code: IR.MALAYERU.REC.1399.002).

Results It was reported that 15.38% of nurses had moderate-to-severe depression; 46.47% had moderate-to-severe anxiety, 27.56% had plans for suicide, and 9.94% had active suicidal desire. The results of MANCOVA showed that depression ($P=0.009$) and anxiety ($P=0.001$) in female nurses was significantly higher than in male nurses. Depression and suicidal ideation of nurses with bachelor's degree were higher compared to nurses with master's degree ($P=0.01$). Anxiety and suicidal ideation of single nurses were higher compared to married nurses ($P=0.01$). Nurses in the emergency department ($P=0.03$), ICU/CCU ($P=0.04$) were more anxious than the pre-hospital emergency nurses.

Conclusion Prevalence of depression, anxiety and suicidal ideation in nurses during the outbreak of COVID-19 in Iran is high. Therefore, it is recommended to use psychological therapies to reduce their depression, anxiety and suicidal ideation during the outbreak.

Key words:

Anxiety, Depression, COVID-19, Suicidal ideation, Nurses

Extended Abstract**1. Introduction**

Due to direct contact with patients, nurses have an important role in preventing the spread of COVID-19 [7]. Hence, nurses are highly exposed to stress induced by

COVID-19 [8-10]. In studies conducted outside Iran, the prevalence of psychological problems (depression and anxiety) in nurses during the COVID-19 pandemic has been reported between 10.7 to 42.8% [31-35]. In Iran, depression and anxiety during the pandemic have been studied in nurses [36-39], but their suicidal ideation has not been studied. Before the outbreak of COVID-19, it was shown that nurses in ICU, CCU and emergency departments have

* Corresponding Author:

Said Ariapooran, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanistic, Malayer University, Malayer, Iran.

Tel: +98 (81) 33339841

E-mail: s.ariapooran@malayeru.ac.ir

more occupational stress [41, 42], and their psychological disorders have been reported more compared to nurses in other wards [43, 44]. Therefore, the main purpose of this study was to investigate the prevalence of depression, anxiety and suicidal ideation in nurses during the COVID-19 outbreak, and evaluate the role of gender, educational level, marital status and department.

2. Materials and Methods

This is a descriptive-survey study. The study population consists of all nurses in Malayer, Iran in 2020 with a total number of 525 (205 in Shahid Gharazi Hospital, 200 in Imam Hossein Hospital and 120 in Mehr Hospital). Samples were selected using census method. After distributing questionnaires among nurses, 312 were returned completed and their data were used in the analysis. Questionnaires were the short form of Beck Depression Inventory (BDI) with 13 items [45] and acceptable psychometric properties [45-47], Beck Anxiety Inventory (BAI) with 21 items [48] and acceptable psychometric properties [48-50], and Scale for Suicidal Ideation (SSI) with 19 items and acceptable psychometric properties [51-53]. Prevalence of psychological problems was described by using frequency and percentage. To compare the variables based on demographic factors, multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used by controlling the effects of age and work experience.

3. Results

According to the results, 15.38% of nurses had moderate to severe depression; 46.47% had moderate to severe anxiety, 27.56% had plans for suicide, and 9.94% had active suicidal desire (Table 1). The results of MANCOVA showed that the mean of depression and anxiety of female nurses were higher than those of male nurses, and there was no significant difference in suicidal between male and female nurses, although they were higher in females. Depression and suicidal ideation were higher in nurses with a bachelor's degree than in nurses with a master's degree or higher, but there was no significant difference in anxiety between the two education groups. Anxiety and suicidal ideation of single nurses were higher than that of married nurses, and no significant difference was observed in depression between single and married nurses. Only anxiety in nurses differed based on their department. According to the results of LSD post hoc test, the mean anxiety of nurses in the emergency department and ICU/CCU were higher than in the pre-hospital emergency department, but there was no significant difference in depression and suicidal ideation between nurses based on department.

4. Discussion and Conclusion

The results of this study related to the prevalence of psychological problems were against the findings of studies

Table 1. Prevalence of depression, anxiety and suicidal ideation in nurses during the COVID-19 outbreak

Variables	NO. (%)	
Depression	Normal (0-3)	110 (35.26)
	Mild (4-7)	64 (20.51)
	Mild to moderate (8-11)	90 (28.85)
	Moderate (12-15)	23 (7.37)
	Severe (16-39)	25 (8.01)
Anxiety	Normal (0-7)	89 (28.53)
	Mild (8-15)	78 (25.0)
	Moderate (16-25)	103 (33.01)
	Severe (26-63)	42 (13.46)
Suicidal ideation	Passive suicidal desire (0-5)	195 (62.5)
	Specific plans for suicide (6-19)	86 (27.56)
	Active suicidal desire (20-38)	31 (9.94)

Table 2. Mean and standard deviation of study variables categorized by demographic factors

Group		Mean±SD		
		Depression	Anxiety	Suicidal Ideation
Gender	Female	7.04±5.07	14.32±7.73	6.32±6.20
	Male	5.88±5.39	10.03±8.11	5.63±5.04
		$F_{1,310}=6.88$ (P<0.009)	$F_{1,310}=24.17$ (P<0.001)	$F_{1,310}=1.82$ (P<0.18)
Educational level	Bachelor's degree	8.31±4.97	12.74±7.32	6.99±5.93
	Master's degree and higher	5.57±5.23	11.27±8.45	5.48±5.31
		$F_{1,310}=24.14$ (P<0.001)	$F_{1,310}=2.27$ (P<0.13)	$F_{1,310}=3.97$ (P<0.05)
Marital status	Single	6.81±5.90	13.20±9.35	7.13±6.82
	Married	6.05±4.91	10.81±7.39	5.19±4.49
		$F_{1,310}=0.003$ (P<0.95)	$F_{1,310}=6.12$ (P<0.01)	$F_{1,310}=16.12$ (P<0.001)
Department	Hospital emergency	5.64±4.63	12.67±6.51	5.72±4.70
	ICU and CCU	7.20±6.39	12.78±10.13	6.14±6.07
	Pre-hospital emergency	5.13±4.53	8.97±6.66	7.81±7.97
	Other	6.76±5.13	10.53±8.65	5.27±4.83
		$F_{3,308}=1.34$ (P<0.26)	$F_{3,308}=2.77$ (P<0.04)	$F_{3,308}=24.14$ (P<0.39)

conducted before the COVID-19 outbreak [31, 32], but consistent with the findings of studies conducted during the COVID-19 outbreak [32-34]. The high prevalence of psychological problems is probably due to the stress caused by the coronavirus. Nurses in the COVID-19 outbreak are more likely to experience deaths of patients and even hospital staff, which can increase their rates of depression, anxiety, and suicidal ideation. Female nurses were more anxious and depressed than men and suicidal ideation was not significantly different between them. This is against the findings of a previous study [28] and consistent with the findings of some previous studies [29, 35, 55]. Women's vulnerability to stress compared to men [56] can play a role in this difference. Nurses with a bachelor's degree had more depression and suicidal ideation, which is consistent with the findings of a previous study [28]. The higher incomes of nurses with a master's degree may play a role in this outcome. The difference in anxiety and suicidal ideation and the lack of difference in depression based on marital status in our study are against the findings of a previous study [28] and consistent with the findings of other study [57]. Married nurses join their families after work and are supported by their spouse and even children; contact with

the family makes them less likely to experience anxiety and suicidal thoughts. The nurses of the emergency department and the ICU/CCU were more anxious than the pre-hospital emergency nurses, which is consistent with the findings of some previous studies [43, 44]. The high level of stress induced by COVID-19 in nurses working in ICU/CCU and emergency department can cause nurses to experience anxiety symptoms. One of the limitations of this study was the use of self-report scales. The use of qualitative methods and interviews in future studies is recommended. Psychologists, counselors, and psychiatrists working in hospitals are highly recommended to pay attention to the symptoms of depression, anxiety, and suicidal ideation in nurses.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Malayer University (Code: IR.MALAYERU.REC.1399.002). All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured

about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

Conceptualization: Saeed Ariapooran; Research, editing and finalization: Both authors.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی پرستاران در زمان شیوع کووید ۱۹: نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی

سعید آریاپوران^۱، مرضیه امیری‌منش^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران در دوره شیوع کووید ۱۹ مشکلات روان‌شناختی زیادی را تجربه می‌کنند. هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در پرستاران در زمان شیوع کووید ۱۹ و مقایسه این مشکلات در پرستاران بر اساس جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش فعالیت شغلی بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی، ۳۱۲ پرستار شاغل در بیمارستان‌های ملایر به صورت سرشماری در پژوهش شرکت کرده و پرسش‌نامه‌های افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی بک را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه ملایر با کد IR.MALAYERU.REC.1399.002 ثبت شده و تمام اصول اخلاقی پژوهش رعایت شده است.

یافته‌ها: میزان شیوع افسردگی متوسط تا شدید، اضطراب متوسط تا شدید، افکار خودکشی و آمادگی برای خودکشی به ترتیب ۱۵/۳۸، ۴۶/۴۷ و ۲۷/۵۶ و ۹/۹۴ درصد بود. نتایج مانکوا نشان داد افسردگی ($P=0/009$) و اضطراب ($P=0/001$) پرستاران زن بیشتر از مردان و افسردگی و افکار خودکشی پرستاران دارای مدرک کارشناسی بیشتر از پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد بود ($P=0/01$). اضطراب و افکار خودکشی پرستاران مجرد بیشتر از متأهل بود ($P=0/01$). پرستاران بخش اورژانس ($P=0/03$) و بخش سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو ($P=0/04$) بیشتر از گروه فوریت‌های پزشکی اضطراب داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش حاکی از شیوع بالای افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی پرستاران در دوره شیوع کووید ۱۹ است. بنابراین توجه به میزان شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی و استفاده از درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی پرستاران در دوره شیوع کووید ۱۹ پیشنهاد می‌شود.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۰۸ شهریور ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۱۸ شهریور ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۱ آذر ۱۳۹۹

کلیدواژه‌ها:

اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، پرستاران، کووید ۱۹

مقدمه

را دیرتر نشان دهند. یکی از پیامدهای این بیماری مشکلات روان‌شناختی است؛ زیرا یکی از پرخطرترین شرایط این بیماری، غیر قابل پیش‌بینی بودن اوضاع و عدم اطمینان از زمان کنترل بیماری و جدی بودن خطر است [۳]. علاوه بر این، تحلیل‌ها و اطلاعات نادرست می‌توانند موجب نگرانی زیاد در جامعه شوند [۴]. با توجه به اینکه پرستاران همواره نقش مهمی در پیشگیری از عفونت، کنترل و مهار ویروس دارند [۵]، استرس زیاد در آنان می‌تواند باعث اختلال روانی شایع مانند اضطراب و افسردگی شود [۶]. پرستارانی که با این بیماری سروکار دارند یا در معرض بیماراران مبتلا به این بیماری قرار دارند، ممکن است علائم

کووید ۱۹ یک بیماری عفونی است که بر اثر کروناویروس سندرم حاد تنفسی-۲ ایجاد می‌شود [۱]. این ویروس دستگاه تنفس را تحت تأثیر قرار می‌دهد و علائمی مشابه سرماخوردگی ساده ایجاد می‌کند. علائم این بیماری شامل اختلالات تنفسی، آبریزش بینی، سرفه خشک، سرگیجه، گلودرد و بدن‌درد است که می‌تواند با سردرد و تب نیز همراه باشد و تا چند روز به طول می‌انجامد [۲]. علائم این ویروس معمولاً چند روز پس از آلوده شدن به ویروس شروع می‌شود، اما بعضی افراد ممکن است علائم

* نویسنده مسئول:

دکتر سعید آریاپوران

نشانی: ملایر، دانشگاه ملایر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۳۳۳۳۹۸۴۱ (۸۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: s.ariapooran@malayeru.ac.ir

ناراحتی و درماندگی را تجربه می‌کنند [۳۲]. بر اساس یک مطالعه مروری، ۲۳/۲ و ۲۲/۸ درصد از پرستاران در دوره کووید ۱۹ به ترتیب از علائم اضطراب و افسردگی برخوردار بودند [۳۳]. همچنین در پژوهش دیگری ۴۲/۸ و ۱۳/۱ درصد پرستاران در دوره کووید ۱۹ علائم اضطراب متوسط و شدید داشتند [۳۴]. در یک پژوهش در ایران در دوره کووید ۱۹، ۳۸/۷ درصد پرستاران از اضطراب متوسط تا شدید برخوردار بودند و میزان افسردگی ۳۷/۴ درصد بوده است و زنان وضعیت بدتری نسبت به مردان داشته‌اند [۳۵]. در پژوهش دیگری در میان پرستاران در ایران، افسردگی، کاهش تمرکز و بی‌انگیزگی مهم‌ترین پیامدهای روانی ناشی از ویروس کووید ۱۹ بودند [۳۶]. در پژوهشی دیگر در ایران، میزان اضطراب، افسردگی و استرس پرستاران در دوره کووید ۱۹ متوسط گزارش شده است [۳۷]. در یک پژوهش مروری در ایران به اضطراب، افسردگی و استرس به عنوان پیامدهای روان‌شناختی کووید ۱۹ در پرستاران اشاره شده است [۳۸]. در یک پژوهش به صورت مطالعه موردی به چند مورد اقدام به خودکشی در میان پرستاران در ایتالیا، انگلستان، ایالات متحده، مکزیک و هند اشاره شده است [۳۹]، اما افکار خودکشی در پرستاران مورد بررسی قرار نگرفته است. در یک پژوهش در میان جمعیت عمومی، نتایج نشان داد افراد دارای سطح تحصیلی متوسط و پایین میزان بیشتری از افکار خودکشی را گزارش می‌کنند [۴۰]. در پژوهش‌های قبل از شیوع کووید ۱۹ نشان داده شده است پرستاران بخش‌های سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو و اورژانس استرس شغلی بیشتری دارند [۴۱، ۴۲] و اختلالات روانی در آنان بیشتر از پرستاران سایر بخش‌ها گزارش می‌شود [۴۳، ۴۴].

هدف اصلی این پژوهش، بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در پرستاران در زمان شیوع کووید ۱۹ و نیز بررسی نقش جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش فعالیت شغلی بود. با توجه به اینکه پرستاران با مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ و مرگ آنان سروکار دارند و رنج و دردهای آن‌ها را از نزدیک می‌بینند، بنابراین بررسی میزان شیوع علائم افسردگی و اضطراب و افکار خودکشی در آنان و اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش فعالیت شغلی در این متغیرها، نقش مهمی در برجسته نمودن مشکلات روان‌شناختی پرستاران در دوره شیوع کووید ۱۹ دارد و می‌تواند موجب تشویق روان‌شناسان و روان‌پزشکان در جهت کمک بالینی به پرستاران در معرض این علائم روان‌شناختی شود. همچنین به دلیل انجام پژوهش‌های کم در مورد اضطراب، افسردگی و به‌ویژه افکار خودکشی در میان پرستاران ایران در دوره کووید ۱۹، این پژوهش می‌تواند موجب جلب توجه پژوهشگران به پیامدهای روان‌شناختی کووید ۱۹ در پرستاران شود و در تقویت ادبیات پژوهشی بسیار مفید واقع شود.

جسمانی، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی را تجربه کنند؛ زیرا نشان داده شده است به دلیل تماس مستقیم با بیماران، کارکنان بهداشت و درمان به‌ویژه پرستاران، از طریق مراقبت‌های مناسب و اقدامات پیشگیرانه، نقش مهمی در جلوگیری از شیوع کووید ۱۹ دارند [۷]. از این‌رو، پرستاران بسیار در معرض استرس ناشی از بیماری کرونا هستند [۸-۱۰] و به احتمال زیاد بیشتر از سایر اقشار جامعه مشکلات و علائم روان‌شناختی را نشان خواهند داد.

پرستاران میزان بالایی از استرس را تجربه می‌کنند [۱۱-۱۵] و استرس یکی از عواملی است که در ناکارآمدی، افزایش مرخصی‌های استعلاجی و کاهش کم و کیف مراقبت در پرستاران سهمیم است. همچنین استرس هزینه‌های سلامت را تحت تأثیر قرار داده و کاهش رضایت شغلی را به همراه دارد [۱۶]. پرستارانی که در معرض محیط‌های کاری با تقاضای شغلی بالا و منابع کم قرار دارند، استرس شغلی بالاتر و علائم استرس جسمی و روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و این ممکن است بر سلامتی و بهزیستی آنان تأثیر منفی بگذارد [۲۰-۱۶]. بنابراین می‌توان گفت بیماری کووید ۱۹ برای پرستارانی که در معرض بیماران مبتلا به این ویروس قرار دارند و با بیماران مختلف سروکار دارند، از نظر وضعیت روان‌شناختی نسبت به اقشار عمومی جامعه بیشتر خطرناک است و آنان نسبت به استرس ناشی از این بیماری بیشتر رنج می‌برند. پژوهش‌های قبل از شیوع کرونا نشان داده‌اند میزان افسردگی پرستاران و پزشکان بین ۲۵ تا ۴۳ درصد است [۲۱-۲۴] و پرستاران و پزشکان نسبت به جمعیت عمومی میزان خودکشی بیشتری دارند [۲۵، ۲۶] که بسیار نگران‌کننده است. همچنین در یک پژوهش در میان پرستاران خانگی نشان داده شد ۱۴/۹ درصد آنان از افکار خودکشی برخوردار بودند [۲۷]. در ایران ۱۷/۸۳ درصد پرستاران علائم خفیف تا متوسط افسردگی را داشتند و نقش سن، سابقه شغلی و اعتیاد به کار در پیش‌بینی افسردگی معنی‌دار بود [۲۸]. در یک پژوهش دیگر در ایران ۲۴/۹ درصد پرستاران از علائم افسردگی و ۲۷/۹ درصد از علائم اضطراب برخوردار بودند و میزان افسردگی در پرستاران زن بیشتر از مردان بود [۲۹]. همچنین نشان داده شده است میزان افسردگی در پرستاران ۱۵/۱ درصد و ریسک خودکشی ۵/۱ درصد بوده و با افزایش سن، میزان افسردگی کمتر گزارش شده است [۳۰].

در پژوهش‌های مربوط به آثار روان‌شناختی کووید ۱۹ بر پرستاران و کادر درمان، ۱۴/۳، ۱۰/۷ و ۹۱/۲ درصد از پرستاران به ترتیب میزان متوسط و بالای افسردگی، اضطراب و ترس را گزارش کردند [۳۱]. در یک پژوهش در میان پرستاران بخش آی‌سی‌یو در دوره شیوع ویروس کرونا نشان داده شد کاهش اشتها و سوءهاضمه (۵۹ درصد)، خستگی (۵۵ درصد)، مشکل در خواب (۴۵ درصد)، عصبی بودن (۲۸ درصد)، گریه مکرر (۲۶ درصد) و حتی افکار خودکشی (۲ درصد) از مشکلات جسمانی و روان‌شناختی پرستاران بوده است [۹]. همچنین در یک پژوهش کیفی نشان داده شد در دوره کووید ۱۹ پرستاران خستگی،

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش توصیفی پیمایشی است؛ زیرا هدف اصلی پژوهش بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در پرستاران در یک دوره زمانی خاص بود. علاوه بر این، چون در این پژوهش اثر جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش فعالیت شغلی بر افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی نیز بررسی شد، از روش پژوهش علی مقایسه‌ای نیز استفاده شد.

جامعه آماری این پژوهش را تمامی پرستاران شهر ملایر در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که تعداد کل این پرستاران ۵۲۵ نفر (۲۰۵ نفر بیمارستان شهید غرضی، ۲۰۰ نفر بیمارستان امام حسین و ۱۲۰ نفر بیمارستان مهر) بود. نمونه آماری پژوهش از طریق کل شماری انتخاب شد؛ به این صورت که پژوهشگران به سه بیمارستان شهید غرضی، امام حسین و مهر شهر ملایر مراجعه کردند و به مدت یک ماه پرسش‌نامه‌ها را در اختیار پرستاران قرار دادند که در زمان انجام پژوهش ۴۲۱ نفر بودند. با توجه به شلوغی محل کار و همچنین شیوع بیماری کرونا، به بسیاری از پرستاران گفته شد که پرسش‌نامه را سر فرصت تکمیل نمایند. اما برخی که فرصت داشتند، در همان لحظه به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. پس از توزیع پرسش‌نامه‌ها، ۳۳۶ پرسش‌نامه (۷۹/۸۱ درصد) بازگردانده شد. بعد از بررسی پرسش‌نامه‌ها ۱۴ پرسش‌نامه ناقص تکمیل شده بود که از نمونه نهایی حذف و حجم نمونه به ۳۱۲ نفر (۷۰/۷۸ درصد کل) کاهش یافت.

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-13)

این مقیاس توسط بک و همکاران در سال ۱۹۷۴ ساخته شده و دارای ۱۳ گویه است که شیوه پاسخ به هر گویه بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا ۳ بوده و نمره کل آن از صفر تا ۳۹ متغیر است [۴۵]. در پژوهش بک و همکاران ضریب همبستگی بین نسخه کوتاه و بلند (۲۱ گویه‌ای) پرسش‌نامه بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ گزارش شده است [۴۵]. این فرم کوتاه در ایران مورد استفاده قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ، اسپیرمن براون و گاتمن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۷ بوده است [۴۶]. در مورد نقطه برش پرسش‌نامه، نمرات صفر تا ۳، ۴ تا ۷، ۸ تا ۱۱، ۱۲ تا ۱۵ و ۱۶ تا ۳۹ به ترتیب نشان‌دهنده افسردگی طبیعی، خفیف، خفیف تا متوسط، متوسط و شدید در جمعیت عمومی است. ضریب آلفای کرونباخ، پایایی بازآزمایی و دونیمه‌سازی این مقیاس در ایران به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۴ و ۰/۸۹ است [۴۷]. همچنین در یک پژوهش در میان پرستاران ایرانی، میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۷ به دست آمد [۲۸]. در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۶ بود.

پرسش‌نامه اضطراب بک

پرسش‌نامه سنجش اضطراب بک در سال ۱۹۹۳ برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و ۲۱ گویه دارد و در برابر هر گویه، چهار گزینه (اصلا=صفر، خفیف=۱، متوسط=۲ و شدید=۳) جهت پاسخ وجود دارد. هر عبارت یک علامت اضطراب را می‌سنجد و افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب قرار می‌گیرند، آن را تجربه می‌کنند. دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ است [۴۸]. نمره صفر تا ۷ عدم اضطراب، نمره ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد [۴۸]. این ابزار به فارسی ترجمه شده است و ضریب همسانی درونی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ بوده است [۴۹]. همچنین در پژوهشی دیگر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۲ بود [۵۰]. در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس افکار خودکشی

این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۹ گویه‌ای است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری نگرش، رفتار و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی توسط بک، کوکس و ویسمن در سال ۱۹۷۹ تهیه شده است [۵۱]. شیوه پاسخ‌دهی به هر گویه آن از صفر تا ۲ است. نمره کل فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از صفر تا ۳۸ متغیر است. پنج سؤال اول این پرسش‌نامه، تست‌های غربالگری و پاسخ این سؤالات نشان‌دهنده تمایل یا عدم تمایل به خودکشی فعال یا غیرفعال است. تفسیر امتیاز کلی به این صورت است که نمره صفر تا ۵ نشان‌دهنده عدم وجود افکار خودکشی، ۶ تا ۱۹ نشان‌دهنده داشتن افکار خودکشی و ۲۰ تا ۳۸ نشان‌دهنده آمادگی جهت خودکشی است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۹ بود [۵۱]. در ایران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۴ [۵۲] و ۰/۹۵ [۵۳] بوده است. همچنین میزان رابطه این مقیاس با پرسش‌نامه سلامت روانی ۰/۷۶ گزارش شده است [۵۳]. در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۴ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پژوهشگر به مدت یک ماه به بیمارستان‌های شهرستان ملایر مراجعه کرد و پس از بیان هدف و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی برای پیشگیری از کووید ۱۹، پرسش‌نامه‌ها را در اختیار پرستاران بخش‌های مختلف قرار داد. آن‌ها به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه و به صورت انفرادی پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۱۴ پرسش‌نامه، ناقص تکمیل شده بود که از نمونه نهایی حذف و حجم نمونه به ۳۱۲ نفر کاهش یافت. در نهایت، ۳۱۲ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت.

جدول ۱. میزان شیوع افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در پرستاران در دوران کووید ۱۹

تعداد (درصد)	متغیرها
۱۱۰ (۳۵/۲۶)	طبیعی (نمره صفر تا ۳)
۶۴ (۲۰/۵۱)	خفیف (نمره ۴ تا ۷)
۹۰ (۲۸/۸۵)	خفیف تا متوسط (نمره ۸ تا ۱۱)
۲۳ (۷/۳۷)	متوسط (نمره ۱۲ تا ۱۵)
۲۵ (۸/۰۱)	شدید (نمره ۱۶ تا ۳۹)
۸۹ (۲۸/۵۳)	عدم اضطراب (نمره صفر تا ۷)
۷۸ (۲۵/۰۰)	اضطراب خفیف (نمره ۸ تا ۱۵)
۱۰۳ (۳۳/۰۱)	اضطراب متوسط (نمره ۱۶ تا ۲۵)
۴۲ (۱۳/۴۶)	اضطراب شدید (نمره ۲۶ تا ۶۳)
۱۹۵ (۶۲/۵)	عدم افکار خودکشی (نمره صفر تا ۵)
۸۶ (۲۷/۵۶)	دارای افکار خودکشی (نمره ۶ تا ۱۹)
۳۱ (۹/۹۴)	آمادگی برای خودکشی (نمره ۲۰ تا ۳۸)



براساس نتایج، ۱۵/۳۸ درصد پرستاران از افسردگی متوسط تا شدید و ۴۶/۴۷ درصد از اضطراب متوسط تا شدید برخوردار بودند. همچنین ۲۷/۵۶ درصد دارای افکار خودکشی بوده و ۹/۹۴ درصد آمادگی برای خودکشی داشتند (جدول شماره ۱). جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی پرستاران را به تفکیک جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش شغلی نشان می‌دهد.

نتایج آزمون مانکوا نشان داد میانگین افسردگی و اضطراب پرستاران زن بیشتر از مرد بوده است ($P < 0/001$; $F = 8/75$) و بین افکار خودکشی پرستاران مرد و زن تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد، هرچند میانگین نمره زنان بیشتر از مردان بود. از نظر سطح تحصیلات نیز نتایج مانکوا نشان داد افسردگی و افکار خودکشی پرستاران دارای مدرک کارشناسی بیشتر از پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بوده است ($P < 0/001$; $F = 10/53$) و بین اضطراب در دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. از نظر وضعیت تأهل نیز اضطراب و افکار خودکشی پرستاران مجرد بیشتر از متأهل بود ($P < 0/001$; $F = 7/571$) و بین افسردگی در پرستاران مجرد و متأهل تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد.

نتایج مانکوا نشان داد فقط در متغیر اضطراب بر اساس بخش‌های مختلف شغلی تفاوت وجود دارد. بنابراین برای مقایسه دقیق میانگین اضطراب بر اساس بخش‌های مختلف شغلی در پرستاران از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی LSD، میانگین اضطراب پرستاران بخش اورژانس و بخش سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو بیشتر

برای بررسی میزان شیوع افکار خودکشی، افسردگی و اضطراب پرستاران از فراوانی و درصد استفاده شد. همچنین برای مقایسه متغیرها بر اساس جنسیت، سطح تحصیلات و بخش مربوط به فعالیت با کنترل سن و سابقه شغلی از تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) با کنترل اثر سن و سابقه شغلی استفاده شد؛ زیرا در پژوهش‌های قبلی به نقش سن و سابقه شغلی در مشکلات روان‌شناختی پرستاران از جمله افسردگی اشاره شده است [۲۸].

یافته‌ها

از میان ۳۱۲ پرستار مورد بررسی، ۱۴۱ نفر (۴۵/۱۹ درصد) از بیمارستان شهید غرضی، ۱۱۷ نفر (۳۷/۵ درصد) از بیمارستان امام حسین و ۵۴ نفر (۱۷/۳۱ درصد) از بیمارستان مهر در پژوهش شرکت کردند. از میان کل پرستاران ۱۹۲ نفر (۶۱/۵۴ درصد) زن و ۱۲۰ نفر (۳۸/۴۶ درصد) مرد، همچنین ۱۱۳ نفر (۳۶/۲۲ درصد) مجرد و ۱۹۹ نفر (۶۳/۷۸ درصد) متأهل بودند. ۲۲۶ نفر (۷۲/۴۴ درصد) تحصیلات کارشناسی و ۸۶ نفر (۲۷/۵۶ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. از میان نمونه پژوهش، ۷۹ نفر (۲۵/۳۲ درصد) در بخش آی‌سی‌یو و سی‌سی‌یو، ۳۱ نفر (۹/۹۳ درصد) در بخش فوریت‌ها، ۱۰۵ نفر (۳۳/۶۵ درصد) در بخش اورژانس و ۹۷ نفر (۳۱/۰۹ درصد) در سایر بخش‌ها (مانند جراحی، زایشگاه، داخلی، اطفال و غیره مشغول به کار بودند. میانگین سنی کل پرستاران $34/58 \pm 8/29$ سال و میانگین سابقه شغلی آن‌ها $11/20 \pm 8/38$ سال بود. از نظر شیفت کاری ۲۰۳ نفر (۶۵/۰۶ درصد) دارای شیفت کاری و ۱۰۹ نفر (۳۴/۹۴ درصد) بدون شیفت بودند. میانگین ساعات شیفت کاری در پرستاران دارای شیفت $13/36 \pm 7/46$ ساعت بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته به تفکیک جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش شغلی و نتایج مانکوا با کنترل سن و سابقه شغلی

میانگین ± انحراف استاندارد			متغیرهای جمعیت‌شناختی
افکار خودکشی	اضطراب	افسردگی	
۶/۳۲±۶/۲۰	۱۴/۳۲±۷/۳۳	۷/۰۴±۵/۰۷	زن
۵/۶۳±۵/۰۴	۱۰/۰۳±۸/۱۱	۵/۸۸±۵/۳۹	مرد
$F_{۱,۳۱۰}=۱/۸۲$ ($P<۰/۱۸$)	$F_{۱,۳۱۰}=۲۴/۱۷$ ($P<۰/۰۰۱$)	$F_{۱,۳۱۰}=۶/۸۸$ ($P<۰/۰۰۹$)	جنسیت
۶/۹۹±۵/۹۳	۱۲/۷۴±۷/۳۲	۸/۳۱±۴/۹۷	نتیجه آزمون
۵/۴۸±۵/۳۱	۱۱/۲۷±۸/۴۵	۵/۵۷±۵/۲۳	کارشناسی
$F_{۱,۳۱۰}=۳/۹۷$ ($P<۰/۰۵$)	$F_{۱,۳۱۰}=۲/۲۷$ ($P<۰/۱۳$)	$F_{۱,۳۱۰}=۲۴/۱۴$ ($P<۰/۰۰۱$)	سطح تحصیلات
۷/۱۳±۶/۸۲	۱۳/۲۰±۹/۳۵	۶/۸۱±۵/۹۰	کارشناسی ارشد و بالاتر
۵/۱۹±۴/۴۹	۱۰/۸۱±۷/۳۹	۶/۰۵±۴/۹۱	نتیجه آزمون
$F_{۱,۳۱۰}=۱۶/۱۲$ ($P<۰/۰۰۱$)	$F_{۱,۳۱۰}=۶/۴۹$ ($P<۰/۰۱$)	$F_{۱,۳۱۰}=۰/۰۰۳$ ($P<۰/۹۵$)	وضعیت تأهل
۵/۷۲±۴/۷۰	۱۲/۶۷±۶/۵۱	۵/۶۴±۴/۶۳	متاهل
۶/۱۴±۶/۰۷	۱۲/۷۸±۱۰/۱۳	۷/۲۰±۶/۳۹	نتیجه آزمون
۷/۸۱±۷/۹۷	۸/۹۷±۶/۶۶	۵/۱۳±۴/۵۳	اورژانس
۵/۲۷±۴/۸۳	۱۰/۵۳±۸/۶۵	۶/۷۶±۵/۱۳	سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو
$F_{۳,۳۰۸}=۱/۰۱$ ($P<۰/۳۹$)	$F_{۳,۳۰۸}=۲/۷۷$ ($P<۰/۰۴$)	$F_{۳,۳۰۸}=۱/۳۴$ ($P<۰/۲۶$)	بخش فعالیت شغلی
			فوری‌ها
			سایر بخش‌ها
			نتیجه آزمون



میزان شیوع اضطراب متوسط و شدید را در دانشجویان پرستاری ۵۵/۹ درصد گزارش کردند [۳۴]. یافته‌های گذشته به افکار خودکشی در میان پرستاران در دوره کووید ۱۹ اشاره کرده‌اند و میزان این افکار را در حدود ۲ درصد گزارش کرده‌اند [۳۲]. در پژوهش دیگر به اقدام به خودکشی در میان پرستاران در دوره کووید ۱۹ اشاره شده است [۲۹]. پژوهش‌های دیگر قبل از شیوع کووید ۱۹ نشان داده‌اند میزان افسردگی پرستاران و پزشکان ۲۵ تا ۴۳ درصد [۲۴-۲۱]، میزان افکار خودکشی در پرستاران ۱۴/۹ درصد [۲۷] و میزان اضطراب ۱۰/۷ درصد [۳۱] و ۳۲/۲ درصد [۳۳] بوده است. در ایران نیز قبل از شیوع کووید ۱۹ نشان داده شد میزان افسردگی خفیف تا متوسط در پرستاران ۱۷/۸۳ درصد بوده است [۲۸]. با مقایسه میزان شیوع افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی با پژوهش‌های قبلی می‌توان گفت که میزان شیوع این مشکلات در دوره کووید ۱۹ در پرستاران افزایش یافته است. دلیل منطقی برای اثبات این ادعا این است که به عنوان نمونه، در بررسی میزان شیوع افسردگی شدید در پرستاران شهر ملایر (که جامعه پژوهش حاضر را نیز تشکیل دادند) با استفاده از مقیاس افسردگی بک هیچ پرستاری از افسردگی شدید برخوردار نبود [۲۸]؛ یعنی در فاصله یک سال بعد از انجام

از گروه فوری‌های پزشکی (گروهی از پرستاران که فعالیت‌های پیش‌بیمارستانی و انتقال مریض به بیمارستان را انجام می‌دهند) بود ($P<۰/۰۰۱$; $F=۴/۲۳۴$ ؛ پیلکس لامیدا F). اما بین میانگین افسردگی و افکار خودکشی در پرستاران بر اساس بخش‌های مختلف شغلی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در پرستاران در زمان شیوع کووید ۱۹ و نیز بررسی نقش جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش فعالیت شغلی بود. نتایج توصیفی نشان داد ۱۵/۳۸ درصد پرستاران از افسردگی متوسط تا شدید و ۴۶/۴۷ درصد از اضطراب متوسط تا شدید برخوردار بودند. همچنین ۲۷/۵۶ درصد دارای افکار خودکشی بوده و ۹/۹۴ درصد آمادگی برای خودکشی داشتند. در مطالعات گذشته نشان داده شد میزان شیوع افسردگی و اضطراب در پرستاران در دوره کووید ۱۹ به ترتیب ۱۴/۳ و ۱۰/۷ درصد بوده است [۳۱]. علاوه بر این، یافته دیگر در میان پرستاران در دوره کووید ۱۹، میزان این دو اختلال را به ترتیب ۲۲/۸ درصد و ۲۳/۲ درصد گزارش کرده است [۳۳]. همچنین یافته‌های قبلی

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دقیق میانگین متغیرها بر اساس بخش‌های مختلف شغلی

متغیر	گروه	اختلاف میانگین (سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو)	اختلاف میانگین (فوریت‌های پزشکی)	اختلاف میانگین (سایر بخش‌ها)
	اورژانس	-۰/۰۱۷ (P=۰/۹۸)	۳/۷۵ (P=۰/۰۳)	۲/۱۸۷ (P=۰/۰۹)
اضطراب	سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو	-	۳/۷۶ (P=۰/۰۴)	۲/۲۰ (P=۰/۰۸)
	فوریت‌های پزشکی	-	-	-۱/۵۶ (P=۰/۳۹)



است و مسلماً نتایج مصاحبه با نتایج مقیاس خودگزارش‌دهی تفاوت خواهد داشت.

نتایج مانکوا با کنترل اثر سن و سابقه شغلی نشان داد پرستاران زن بیشتر از مردان اضطراب و افسردگی داشتند و افکار خودکشی بین دو جنس تفاوت معنی‌دار نداشت. در پژوهش آریاپوران [۲۸] که در بین پرستاران شهر ملایر انجام شد، نشان داده شد بین افسردگی پرستاران زن و مرد تفاوت وجود ندارد؛ بنابراین نتایج این یافته با یافته‌های قبلی [۲۸] ناهم‌خوان است. این نتیجه هم‌خوان با یافته‌های دیگر است که نشان دادند وضعیت افسردگی و اضطراب در زنان پرستار بدتر از مردان است [۲۹، ۳۵، ۵۵]. در تبیین میزان بالای اضطراب و افسردگی در پرستاران زن می‌توان گفت که این تفاوت ممکن است ناشی از آسیب‌پذیری زنان در مقابل استرس نسبت به مردان باشد. با توجه به اینکه زنان از لحاظ روان‌شناختی نسبت به استرس‌ها بیشتر آسیب‌پذیر هستند [۵۶]، بنابراین ممکن است میزان اضطراب را در دوره کووید ۱۹ بیشتر از مردان تجربه کنند. در مورد مغایرت با نتایج آریاپوران [۲۸] نیز می‌توان گفت که پژوهش آریاپوران [۲۸] قبل از شیوع کووید ۱۹ انجام شده است و پژوهش حاضر در دوره کووید ۱۹ انجام گرفته است. این نشان می‌دهد به احتمال زیاد زنان بیشتر از مردان نسبت به استرس ناشی از کووید ۱۹ علائم افسردگی را نشان می‌دهند؛ زیرا مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ و نگرانی آن‌ها در مورد بیماران و امکان ابتلای خودشان به کووید ۱۹ می‌تواند موجب علائم افسردگی در آنان شود.

نتایج مانکوا با کنترل اثر سن و سابقه شغلی نشان داد پرستاران دارای مدرک کارشناسی در مقایسه با پرستاران دارای مدرک ارشد و بالاتر افسردگی و افکار خودکشی بیشتری داشتند، اما بین اضطراب در دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. این پژوهش هم‌خوان با یافته قبلی [۲۸] است که بین وضعیت تحصیلی پرستاران با افسردگی آنان رابطه معنی‌دار به دست آورد. پژوهش در میان جمعیت عمومی [۳۹] نیز نشان داده است افراد دارای سطح تحصیلی متوسط و پایین میزان بیشتری از افکار خودکشی را گزارش می‌کنند که یافته‌های پژوهش حاضر نیز این نتیجه را مورد تأیید قرار داده است. شاید این نتیجه به دلیل میزان درآمد

پژوهش قبلی [۲۸] و در زمان شیوع کووید ۱۹ در پرستاران ملایر میزان افسردگی شدید از صفر درصد به ۱۳/۴۶ درصد رسیده است؛ بنابراین می‌توان علت آن را به استرس‌های ناشی از ویروس کرونا نسبت داد. پرستاران در دوره کووید ۱۹ بیشتر از قبل با مرگومیر بیماران و حتی پرسنل بیمارستانی روبه‌رو هستند و این مسئله می‌تواند میزان افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی را در آنان بیشتر کند؛ زیرا در پژوهش‌های قبلی نیز نشان داده شده است علائم استرس مرتبط با حوادث استرس‌زا، با افکار خودکشی و افسردگی ارتباط دارد [۵۴]. به عبارت دیگر می‌توان گفت کووید ۱۹ و حوادث مرگومیر بیماران و پرسنل درمانی یکی از فشارزاهایی است که پرستاران با آن دست و پنجه نرم می‌کنند و همین امر موجب مشکلات روان‌شناختی در آنان از جمله افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی می‌شود. علاوه بر این می‌توان گفت ماهیت پرخطر شرایط کووید ۱۹، غیر قابل پیش‌بینی بودن اوضاع و عدم اطمینان از زمان کنترل این بیماری [۳] و همچنین وجود تحلیل‌ها و اطلاعات نادرست [۴] در مورد این بیماری می‌تواند موجب مشکلات روان‌شناختی در پرستاران شوند که مستقیماً با بیماران و شرایط بسیار سخت مربوط به این بیماری سروکار دارند.

در مورد میزان شیوع بالای اضطراب در پژوهش حاضر نسبت به پژوهش‌های قبلی [۳۱، ۳۳] می‌توان گفت که در پژوهش هو و همکاران [۳۱] تنها سطح شدید اضطراب در نظر گرفته شده است و در پژوهش حاضر سطح متوسط و شدید اضطراب به عنوان معیار شیوع اضطراب در نظر گرفته شده است. در پژوهش حاضر سطح اضطراب شدید ۱۳/۴۶ درصد بود که بین میزان عنوان‌شده در پژوهش‌های قبلی یعنی ۱۰/۷ درصد [۳۱] و ۳۲/۲ درصد [۳۳] است. در مورد تفاوت میزان شیوع اضطراب و افکار خودکشی در پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی [۳۳، ۳۲] نیز می‌توان گفت ممکن است این تفاوت ناشی از نوع روش پژوهش باشد؛ زیرا پژوهش پاپا و همکاران [۳۳] یک مطالعه مروری بوده است که در آن از نتایج پژوهش‌های قبلی و میانگین آن‌ها برای گزارش میزان شیوع اضطراب و افسردگی استفاده شده است. همچنین در پژوهش سون و همکاران [۳۲] میزان شیوع مشکلات با استفاده از روش پژوهش کیفی (و ابزار مصاحبه) بررسی شده

و افکار خودکشی پرستاران در دوره کووید ۱۹ حمایت کرد و بالا بودن میزان اضطراب پرستاران زن، بالا بودن میزان افکار خودکشی و اضطراب در پرستاران مجرد و بالا بودن اضطراب پرستاران بخش اورژانس و بخش سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو را برجسته کرد. بنابراین تدوین برنامه‌های روان‌شناختی به منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی پرستاران در دوره کووید ۱۹ می‌تواند مفید واقع شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی بود؛ زیرا احتمال سوگیری در پاسخ به سؤالات در پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی وجود دارد. به دلیل مشغله کاری زیاد پرستاران در دوره کووید ۱۹، امکان مصاحبه وجود نداشت. بنابراین استفاده از روش پژوهش کیفی و انجام مصاحبه بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای پرستاران دارای علائم افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی بالا بر اساس پرسش‌نامه، در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان، مشاوران و روان‌پزشکان مشغول به فعالیت در بیمارستان‌ها به میزان بالای علائم افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی توجه کنند. همچنین استفاده از آموزش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی در پرستاران در دوره کووید ۱۹ با در نظر گرفتن جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش مربوط به فعالیت شغلی آنان بسیار مهم و ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه ملایر تأیید شده است (کد اخلاق: IR.MALAYERU.REC.1399.002). اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: سعید آریاپوران؛ تحقیق و بررسی، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: هر دو نویسنده.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این پژوهش تعارض منافی ندارد.

و حقوق بیشتر پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر باشد. علاوه بر این، به احتمال زیاد سطح سواد بالا به افراد امکان تجزیه و تحلیل مناسب موقعیت استرس‌زا را می‌دهد و همین امر در کاهش میزان افسردگی و افکار خودکشی در آنان نقش دارد.

نتایج مانکوا با کنترل اثر سن و سابقه شغلی نشان داد اضطراب و افکار خودکشی پرستاران مجرد بیشتر از پرستاران متأهل بوده است و بین افسردگی در پرستاران مجرد و متأهل تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. در یک پژوهش [۲۸] نشان داده شد وضعیت تأهل در افسردگی پرستاران نقش ندارد که مشابه یافته‌های این پژوهش است. در پژوهش دیگر نشان داده شد سطح اضطراب و افسردگی در پرستاران مجرد بیشتر از پرستاران متأهل بوده است [۵۷]. در تبیین پایین بودن میزان اضطراب و افکار خودکشی پرستاران متأهل در دوره کووید ۱۹ می‌توان گفت که به احتمال زیاد پرستاران متأهل پس از پایان کار یا پایان شیفت کاری در جمع خانواده بوده و مورد حمایت همسر و حتی فرزندان قرار می‌گیرند و ارتباط با خانواده موجب می‌شود در مقایسه با پرستاران مجرد اضطراب و افکار خودکشی را کمتر تجربه کنند.

در نهایت نتایج مانکوا و آزمون تعقیبی LSD با کنترل اثر سن و سابقه شغلی نشان داد میانگین اضطراب پرستاران بخش اورژانس و بخش سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو بیشتر از گروه فوریت‌های پزشکی بوده است. اما بین افسردگی و افکار خودکشی در پرستاران بر اساس بخش‌های مختلف تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است پرستاران بخش‌های سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو و اورژانس استرس شغلی بیشتری را تجربه می‌کنند [۳۷، ۳۸] و میزان شیوع اختلالات روانی در آنان بیشتر از پرستاران سایر بخش‌هاست [۴۳، ۴۴]. بنابراین می‌توان گفت که میزان استرس شغلی بالا می‌تواند در پرستاران بخش‌های سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو و اورژانس موجب تجربه علائم اضطراب در آنان شود. با توجه به دوره کووید ۱۹ و سروکار داشتن بیشتر پرستاران بخش‌های سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو و اورژانس با بیماران کووید ۱۹ نسبت به پرستاران بخش‌های دیگر، میزان شیوع بالای اضطراب در آنان قابل توجه است. در حالی که پرستاران بخش فوریت‌های پزشکی مسئول انجام مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی هستند و با وجود ارتباط مستقیم با بخش اورژانس کمتر در معرض بیماران مبتلا به کووید ۱۹ قرار دارند و ممکن است با توجه به قرنطینه‌های خانگی بسیاری از بیماران مبتلا به کووید ۱۹، میزان نقل و انتقال این بیماران توسط آنان کمتر انجام شود. همین امر می‌تواند علائم اضطراب پایین‌تر را در میان آنان توجیه نماید. ذکر این نکته لازم است که با توجه به مقطعی بودن پژوهش، تکرار پژوهش در این زمینه لازم است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش از میزان شیوع بالای افسردگی، اضطراب

References

- [1] Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses-a statement of the Coronavirus Study Group. *bioRxiv* 2020. [DOI:10.1101/2020.02.07.937862]
- [2] Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel Coronavirus pneumonia in Wuhan, China:A descriptive study. *Lancet*. 2020; 395(10223):507-13. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)30211-7]
- [3] Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatr*. 2020; 51:101990. [DOI:10.1016/j.ajp.2020.101990] [PMID] [PMCID]
- [4] Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic:Address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020; 395(10224):e37-8. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)30309-3]
- [5] Smith GD, Ng F, Li WH. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs*. 2020; 29(9-10):1425-8 [DOI:10.1111/jocn.15231] [PMID] [PMCID]
- [6] Dar KA, Iqbal N, Mushtaq A. Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian J Psychiatr*. 2017; 29:129-33. [DOI:10.1016/j.ajp.2017.04.017] [PMID]
- [7] Nemati M, Ebrahimi B, Nemati F. Assessment of Iranian nurses' knowledge and anxiety toward COVID-19 during the current outbreak in Iran. *Arch Clin Infect Dis*. 2020; 15:e102848. [DOI:10.5812/archcid.102848]
- [8] Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Mana*. 2020; 28(5):1001-9. [DOI:10.1111/jonm.13014] [PMID] [PMCID]
- [9] Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Crit Care*. 2020; 24(1):200 [DOI:10.1186/s13054-020-02926-2] [PMID] [PMCID]
- [10] Sodeify R, Habibpour Z. [Determining nurses understanding of psychological factors at workplace:A qualitative study (Persian)]. *Sci J Nurs Midwif Paramed*. 2020; 5(4):49-61. <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-277-en.html>
- [11] Sharifah Zainiyah SY, Afiq IM, Chow CY, Siti Sara D. Stress and its associated factors amongst ward nurses in a public hospital Kuala Lumpur. *Malaysia J Pub Health Med*. 2011; 11(1):78-85. https://www.mjphm.org.my/mjphm/index.php?option=com_content&view=article&id=488:stress-and-its-associated-factors-amongst-ward-nurses-in-a-public-hospital-kuala-lumpur&catid=79:volume-11-1&Itemid=97
- [12] McGibbon E, Peter E, Gallop R. An institutional ethnography of nurses' stress. *Qual Health Res*. 2010; 20(10):1353-78. [DOI:10.1177/1049732310375435] [PMID]
- [13] Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Australian nurses:A systematic review. *Intl Nurs Rev*. 2010; 57(1):22-31. [DOI:10.1111/j.1466-7657.2009.00765.x] [PMID]
- [14] Moustaka E, Constantinidis TC. Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Sci J*. 2010; 4(4):210-6. <https://www.hsj.gr/medicine/sources-and-effects-of-workrelated-stress-in-nursing.php?aid=3575>
- [15] Wu H, Chi TS, Chen LI, Wang L, Jin YP. Occupational stress among hospital nurses: Cross-sectional survey. *J Adv Nurs*. 2010; 66(3):627-34. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x] [PMID]
- [16] Murgia C, Sansoni J. [Stress and nursing:Study to evaluation the level of satisfaction in nurses (Italian)]. *Prof Inferm*. 2011; 64(1):33-44. [PMID]
- [17] Chou LP, Li CY, Hu SC. Job stress and burnout in hospital employees:Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*. 2014; 4(2):e004185. [DOI:10.1136/bmjopen-2013-004185] [PMID] [PMCID]
- [18] Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Illic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(1):652-66. [DOI:10.3390/ijerph120100652] [PMID] [PMCID]
- [19] Lin SH, Liao WC, Chen MY, Fan JY. The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. *J Nurs Manag*. 2014; 22(5):604-12. [DOI:10.1111/jonm.12020] [PMID]
- [20] Malinauskiene V, Leisyte P, Romualdas M, Kirtiklyte K. Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania. *J Adv Nurs*. 2011; 67(11):2383-93. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2011.05685.x] [PMID]
- [21] Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative:Physician burnout, depression, and suicide. *Can J Anaesth*. 2017; 64(2):158-68. [DOI:10.1007/s12630-016-0781-0] [PMID]
- [22] Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 16(1):61. [DOI:10.3390/ijerph16010061] [PMID] [PMCID]
- [23] Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians:A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015; 314(22):2373-83. [DOI:10.1001/jama.2015.15845] [PMID] [PMCID]
- [24] Melnyk BM, Orsolini L, Tan A, Arslanian-Engoren C, Melkus GD, Dunbar-Jacob J, et al. A national study links nurses' physical and mental health to medical errors and perceived worksite wellness. *J Occup Environ Med*. 2018; 60(2):126-31. [DOI:10.1097/JOM.0000000000001198] [PMID]
- [25] Davidson JE, Proudfoot J, Lee K, Terterian G, Zisook S. A longitudinal analysis of nurse suicide in the United States (2005-2016) with recommendations for action. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020; 17(1):6-15. [DOI:10.1111/wvn.12419] [PMID]
- [26] Fink-Miller EL, Nestler LM. Suicide in physicians and veterinarians:Risk factors and theories. *Curr Opin Psychol*. 2018; 22:23-6. [DOI:10.1016/j.copsyc.2017.07.019] [PMID]
- [27] Wang R, Zhang D, Wang S, Zhao T, Zang Y, Su Y. Limitation on activities of daily living, depressive symptoms and suicidal ideation among nursing home residents:The moderating role of resilience. *Geriatr Nurs*. 2020; 41(5):622-8. [DOI:10.1016/j.gerinurse.2020.03.018] [PMID]
- [28] Ariapooran S. Sleep problems and depression in Iranian nurses:The predictive role of workaholism. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2019; 24(1):30-7. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR_188_17] [PMID] [PMCID]
- [29] Azad Zandi M, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Frequency of depression, anxiety and stress in military nurses. *J Mil Med*. 2011; 13(2):103-8. <http://militarymedj.ir/article-1-774-en.html>

- [30] Sánchez Núñez RA, Ramírez C, Gómez Meza MV. Smoking, depression, and suicide risk in the nursing staff of a Third-Level Hospital. *Medicina Universitaria*. 2014; 16(63):60-5. <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-articulo-smoking-depression-suicide-risk-in-X1665579614365251>
- [31] Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A big-scale cross-sectional study. 2020. [DOI:10.2139/ssrn.3566144]
- [32] Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020; 48(6):592-8. [DOI:10.1016/j.ajic.2020.03.018] [PMID] [PMCID]
- [33] Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among health-care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020; 88:901-7. [DOI:10.1016/j.bbi.2020.05.026] [PMID] [PMCID]
- [34] Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract*. 2020; 46:102809. [DOI:10.1016/j.nepr.2020.102809] [PMID] [PMCID]
- [35] Pouralazadeh M, Bostani Z, Maroufizadeh S, Ghanbari A, Khoshbakht M, Alavi SA, et al. Anxiety and depression and the related factors in nurses of Guilan University of Medical Sciences Hospitals during COVID-19: A web-based cross-sectional study. *Int J Afr Nurs Sci*. 2020; 13:100233. [DOI:10.1016/j.ijans.2020.100233] [PMID] [PMCID]
- [36] Sepahvand R, Momeni Mofrad M, Taghipour S. [Identifying and prioritizing the psychological consequences of the Covid 19 virus in nurses (Persian)]. *J Hosp*. 2020; 19(2):25-32. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-6277-en.html>
- [37] Sarboozei Hosein Abadi T, Askari M, Miri K, Namazi Nia M. [Depression, stress and anxiety of nurses in COVID-19 pandemic in Nohe-Dey Hospital in Torbat-e-Heydariyeh city, Iran (Persian)]. *J Mil Med*. 2020; 22(6):526-33. <http://militarymedj.ir/article-1-2543-en.html>
- [38] Shahed Hagh Ghadam H, Fathi Ashtiani A, Rahnejat A M, Ahmadi Tahour Soltani M, Taghva A, Ebrahimi MR, et al. [Psychological consequences and interventions during the COVID-19 pandemic: Narrative review (Persian)]. *J Mar Med*. 2020; 2(1):1-11. <http://jmarmed.ir/article-1-74-en.html>
- [39] Ashikur R, Virginia P. COVID-19 related suicide among hospital nurses: Case study evidence from worldwide media reports. *Psychiatry Res*. 2020; 291:113272. [DOI:10.1016/j.psychres.2020.113272] [PMID] [PMCID]
- [40] Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study. *Med Clin*. 2007; 129(13):494-500. [DOI:10.1157/13111370] [PMID]
- [41] Preto, VA, Pedrão, LJ. Stress among nurses who work at the intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(4):838-45. [DOI:10.1590/S0080-62342009000400015] [PMID]
- [42] Latifzadeh S, Zarea, K. Occupational stress and its related factors in nurses working in intensive care units of educational hospitals in Ahwaz, Iran. *J Nov Appl Sci*. 2015; 4(4):483-7. <http://jnasci.org/wp-content/uploads/2015/05/JNASCi-2015-483-487.pdf>
- [43] Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*. 2015; 23(3):346-58. [DOI:10.1111/jonm.12138] [PMID]
- [44] Tajvar A, Nasl Saraji G, Amin Ghanbarnejad A, Omidi L, Seyed Hosseini SS, Salehi Sahl Abadi A. Occupational stress and mental health among nurses in a medical intensive care unit of a general hospital in Bandar Abbas in 2013. *Electron Physician*. 2015; 7(3):1108-13. [DOI:10.1155/2016/8196463] [PMID] [PMCID]
- [45] Dadfar M, Kalibatseva Z. Psychometric properties of the Persian version of the short Beck Depression Inventory with Iranian psychiatric outpatients. *Scientifica (Cairo)*. 2016; 2016:8196463. [DOI:10.1155/2016/8196463] [PMID] [PMCID]
- [46] Nouri A, Mohammadi Y. [An action guide to research humanities (Persian)]. Tehran: Viraiesh; 2016. <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/4410529>
- [47] Ebrahimi A, Barekatin M, Bornamanesh A, Nasiri H. [Psychometric characteristics of Persian form of BDRS among patients and normal people (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2015; 21(1):60-8. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2355-en.html>
- [48] Hossein Kaviani H, Mousavi AS. [Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI) (Persian)]. *Tehran Univ Med J*. 2008; 66(2):136-40. <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html>
- [49] Rafiei M, Seifi A. [An investigation into the reliability and validity of beck anxiety inventory among the university students (Persian)]. *J Thought Behav Clin Psychol*. 2013; 7(27):37-46. https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_13_en.html
- [50] Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979; 47(2):343-52. [DOI:10.1037/0022-006X.47.2.343] [PMID]
- [51] Hakim Shooshtari MH, Malakouti SK, Panaghi L, Mohseni S, Mansouri N, Movaghgar AR. Factors associated with suicidal attempts in Iran: a systematic review. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2016; 10(1):e948. [DOI:10.17795/ijpbs-948] [PMID] [PMCID]
- [52] Anisi J, Majdian M, Mirzamani SM. The factors associated with suicide ideation in Iranian soldiers. *Iran J Psychiat*. 2010; 5(3):97-101. <https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/365>
- [53] Polanco-Roman L, Gomez J, Miranda R, Jeglic E. Stress-related symptoms and suicidal ideation: The roles of rumination and depressive symptoms vary by gender. *Cognit Ther Res*. 2016; 40(5):606-16. [DOI:10.1007/s10608-016-9782-0] [PMID] [PMCID]
- [54] Javidi Zaher S, Vafaei M, Ebrahimi Abianeh E. Comparing depression, anxiety and stress among the Nurses in the critical care and internal surgical units at the selected hospitals of the Social Security Organization of Tehran in 2016. *Int J Med Res Health Sci*. 2016; 5(S5):254-61. <https://www.ijmrhs.com/abstract/comparing-depression-anxiety-and-stress-among-the-nurses-in-the-critical-care-and-internal-surgical-units-at-the-selected-6645.html>
- [55] Verma R, Balhara YP, Gupta CS. Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Ind Psychiatry J*. 2011; 20(1):4-10. [DOI:10.4103/0972-6748.98407] [PMID] [PMCID]
- [56] Khamseh F, Roohi H, Ebaady A, Hajjiamini Z, Salimi H, Radfar S. [Survey Relationship between demographic factors and stress, anxiety and depression in nurses working in selected hospitals in Tehran city (Persian)]. *J Holist Nurs Midwifery*. 2011; 21(1):13-21. <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-189-en.html>



- [57] Ledema R, Ball C, Daly B, Young J, Green T, Middleton PM, et al. Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'MIST-AMBO'. *BMJ Qual Saf.* 2012; 21(8):627-33. [\[DOI:10.1136/bmjqs-2011-000766\]](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000766) [\[PMID\]](#)

This Page Intentionally Left Blank
